**ATTIVAZIONE BORSE DI RICERCA IN AMBITO ASSISTENZIALE**

**SCHEDA INFORMATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | Borsa di ricerca tipologia (1) – (2) – (3)1. Nessun contatto con pazienti ma solo dati clinici sensibili
2. Attività di laboratorio diagnostico o assistenziale esclusivamente sotto controllo di un tutor
3. Attività assistenziale autonoma
 |
| Titolo della ricerca |  |
| Settore Scientifico-Disciplinare |  |
| Responsabile della Ricerca |  |
| Commissione giudicatrici (tre membri fra PO-PA -RU + un membro supplente PO-PA -RU) | **Responsabile Scientifico**: **Membro**: **Membro**: **Membro Supplente:**  |
| Requisiti curriculari(indicare classe di laurea) | Indicare Laurea + specializzazione (obbligatoria x Tipologia 3) + altri titoli previsti (la cui verifica sul vincitore è a carico di Unifi, da riportare nella scheda di comunicazione di inizio attività del vincitore della selezione)Curriculum scientifico professionale idoneo allo svolgimento del progetto |
| Decorrenza contrattuale | Dal al  |
| SOD - DAI |  |
| Dettaglio compiti attività assistenziale (in allegato sintesi del progetto di ricerca per tutte le tipologie di incarico con particolare riferimento al coinvolgimento del soggetto sull’attività assistenziale) | Al borsista nello svolgimento della sua attività di ricerca spettano i compiti assistenziali: (a titolo esemplificativo)1. Partecipazione a :…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….1. Gestione di …..…………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….1. Esecuzione di ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….1. Prendere parte a …………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….Le attività di cui sopra sono necessarie per le seguenti esigenze di ricerca …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Rimangono escluse le attività chirurgiche come primo operatore e le attività di guardia e di pronta disponibilità** |
| Tutor |  |

Firenze, Il Responsabile del Programma di Ricerca ***(allegato)***

|  |
| --- |
| AUTORIZZAZIONE PER TIPOLOGIA (3) |
| Direttore DAI(NOME E COGNOME) | firma |
| Direttore/Responsabile SOD(NOME E COGNOME) | firma |

Nulla osta per lo svolgimento delle attività in ambito assistenziale inerenti il progetto di ricerca

|  |  |
| --- | --- |
| Direttore Sanitario(NOME E COGNOME) | firma |